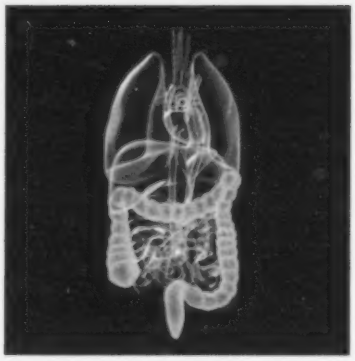
Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Dépistage du cancer colorectal au Canada – 2008



par Kathryn Wilkins et Margot Shields

Juin 2009

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Dépistage du cancer colorectal au Canada – 2008

par Kathryn Wilkins et Margot Shields

Résumé

Objectifs
Le présent article fournit des estimations du niveau déclaré de dépistage du cancer colorectal (CCR) dans la population canadienne de 50 ans et plus en 2008.

Données et méthodes
Les données sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2008. Les données pondérées ont permis d'estimer le pourcentage de personnes ayant subi des interventions de dépistage du CCR (recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années ou endoscopie au cours des cinq dernières années). Des analyses bivariées et multivariées ont servi à examiner la situation en matière de dépistage par rapport à certaines caractéristiques, notamment les caractéristiques personnelles et socioéconomiques ainsi que d'autres caractéristiques liées à la santé.

Résultats
En 2008, environ 40 % des Canadiens de 50 ans et plus ont déclaré avoir subi un test de dépistage du CCR. Le pourcentage allait de 28 % au Québec à 53 % au Manitoba. Le dépistage était associé au fait d'avoir 65 ans et plus, d'avoir un revenu plus élevé, d'avoir un médecin de famille, d'être un non-fumeur et d'être physiquement actif.

Interprétation
Le dépistage organisé du CCR était limité en 2008, mais il peut expliquer certaines des différences au chapitre de la participation entre les provinces.

Mots-clés
Colonoscopie, néoplasme colorectal, endoscopie, recherche de sang occulte dans les selles, dépistage à grande échelle, sigmoïdoscopie.

Auteures
Kathryn Wilkins (613-951-1769; Kathryn.Wilkins@statcan.gc.ca) et Margot Shields (613-951-4177; Margot.Shields@statcan.gc.ca) travaillent à la Division de l'analyse de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Ensemble, les tumeurs du côlon et du rectum se classent au troisième rang des cancers les plus fréquents chez les Canadiens adultes[1]. Quelque 22 000 nouveaux cas seront diagnostiqués en 2009, soit environ un sur huit de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués cette année-là. Dans environ 94 % des cas, le cancer colorectal (CCR) est diagnostiqué chez les personnes de 50 ans et plus. Le CCR est également une importante cause de décès; pour 2009, on estime à 9 100 les décès qui seront attribuables à ce cancer au Canada, de sorte qu'il est la deuxième cause de décès liés au cancer. Depuis 1990, les taux de mortalité normalisés selon l'âge ont baissé quelque peu chez les hommes ainsi que chez les femmes[1].

Les preuves s'accumulent que l'intervention consistant en une recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) réduit le taux de mortalité par CCR[2-6]. Si environ 70 % des Canadiens de 50 à 74 ans faisaient l'objet d'une RSOS tous les deux ans, suivie d'une colonoscopie dans le cas d'un résultat positif, on estime que le taux de mortalité par CCR baisserait de 15 % à 17 %[5,7]. Des renseignements détaillés sur les points forts et les limites de la RSOS et de l'endoscopie figurent dans un rapport publié antérieurement[8].

Plusieurs organismes canadiens ont publié des recommandations sur le dépistage du cancer colorectal au cours des dernières années (encadré 1). Même si les détails diffèrent légèrement, une recommandation fondamentale commune veut que toutes les personnes de 50 ans et plus qui présentent un risque moyen de CCR (c'est-à-dire qui n'ont pas de maladie intestinale ou d'antécédents familiaux de CCR) fassent l'objet d'une RSOS au moins tous les deux ans. La colonoscopie est le suivi habituellement

recommandé dans le cas d'un résultat positif de la RSOS.

Les programmes organisés de dépistage, comme ceux du cancer du sein, visent l'ensemble des personnes dans des groupes cibles particuliers; la possibilité de dépistage ne dépend pas entièrement de la consultation d'un médecin[9,10]. Dans la plupart des régions du Canada, les médecins offrent actuellement le dépistage du CCR à leurs patients sur une base individuelle et opportuniste plutôt que dans le cadre de programmes organisés de dépistage à l'échelle de la population. Les obstacles à la mise en œuvre de programmes organisés de dépistage du CCR peuvent comprendre l'incertitude quant à la rentabilité du dépistage à grande échelle; le pourcentage élevé de résultats faussement positifs de la RSOS; les préoccupations concernant la disponibilité de ressources pour le suivi des résultats positifs de la RSOS ou le traitement des nouveaux cas diagnostiqués; la possibilité que des cancers ne soient pas détectés; et le non-respect des lignes directrices par les patients[2,8,11-16].

En 2007, l'Ontario a lancé un programme organisé de dépistage du CCR à l'échelle de la province, le Manitoba a entrepris la phase pilote d'un tel programme dans les offices régionaux de la santé de Winnipeg et d'Assiniboine, et l'Alberta a publié de nouvelles lignes directrices cliniques pour le dépistage du CCR et lancé une campagne de sensibilisation du public et des professionnels[17-19]. Dans les trois provinces, le dépistage par RSOS tous les deux ans est recommandé pour les personnes qui présentent un risque moyen de CCR. Les lignes directrices de l'Ontario s'adressent aux personnes de 50 ans et plus, tandis que celles du Manitoba et de l'Alberta visent les personnes de 50 à 74 ans.

Le nombre de travaux de recherche antérieurs relatifs au dépistage du CCR au Canada est limité; des données basées sur la population ont été recueillies seulement pour certaines provinces ou régions infraprovinciales[20-23]. Ces données n'ont pas permis d'estimer la mesure dans laquelle les Canadiens partout au pays participent au dépistage du CCR.

Certains résultats de l'analyse des données canadiennes recueillies précédemment sont conformes à ceux des études effectuées aux États-Unis. Ces résultats comprennent des associations positives avec le revenu et le fait d'avoir un médecin de famille[21,24-26].

Des renseignements sur le dépistage du CCR ont été recueillis à l'échelle nationale pour la première fois dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2008. Fondée sur les données de cette enquête, la présente étude fournit des estimations du dépistage récent du CCR à quelque fin que ce soit (dépistage ou diagnostic) chez les Canadiens de 50 ans et plus. Le dépistage récent est défini comme étant une RSOS subie au cours des deux dernières années, ou une colonoscopie ou sigmoïdoscopie subie au cours des cinq dernières années.

Les caractéristiques personnelles, les facteurs sociodémographiques et d'autres facteurs de risque liés à la santé sont examinés par rapport à la situation en matière de participation au dépistage du CCR. En outre, l'étude fournit les différences par province pour 2008 ainsi que les estimations qu'il a été possible de tirer de l'ESCC de 2003 et de 2005.

Encadré 1
Recommandations et lignes directrices relatives au dépistage du cancer colorectal pour les personnes asymptomatiques présentant un risque moyen

Organismes (année de publication des recommandations/lignes directrices)	Recommandations/lignes directrices
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2001)[27]	• Bonnes preuves qu'il est souhaitable d'inclure la RSOS annuelle ou bisannuelle dans l'examen médical périodique des personnes de plus de 50 ans. • Assez bonnes preuves qu'il est souhaitable d'inclure une sigmoïdoscopie souple.
Comité national sur le dépistage du cancer colorectal (2002)[28]	• RSOS bisannuelle (au moins) pour les personnes de 50 à 74 ans. • Suivi d'une RSOS positive par colonoscopie; lavement baryté et sigmoïdoscopie souple comme options lorsque approprié.
Association canadienne de gastroentérologie et Fondation canadienne de la santé digestive (2004)[29]	• RSOS bisannuelle pour les personnes de 50 ans et plus. • Suivi d'une RSOS positive par colonoscopie. • Sigmoïdoscopie souple tous les cinq ans, ou • sigmoïdoscopie souple combinée à une RSOS tous les cinq ans, ou • lavement baryté double contraste tous les cinq ans, ou • colonoscopie tous les dix ans.
Société canadienne du cancer (2008)[30]	• RSOS bisannuelle (au moins) pour les personnes de 50 ans et plus. • Suivi d'une RSOS positive par colonoscopie, ou lavement baryté double contraste et sigmoïdoscopie souple.

Méthodes

Source des données

Les données proviennent des cycles de 2003, 2005 et 2008 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Des données sur le dépistage du CCR (par RSOS et endoscopie) ont été recueillies en même temps que des renseignements sur les caractéristiques personnelles et socioéconomiques ainsi que d'autres caractéristiques liées à la santé.

L'ESCC est une enquête transversale qui a pour champ d'observation la population à domicile de 12 ans et plus ne vivant pas en établissement dans toutes les provinces et les territoires, sauf les membres réguliers des Forces armées canadiennes et les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces armées canadiennes (militaires et civils) et de certaines régions éloignées. En 2008, le taux de réponse global était de 75,2 % (échantillon de 66 013 personnes); en 2005, il était de 78,9 % (échantillon de 132 947 personnes); et en 2003, il était de 80,6 % (échantillon de 135 573 personnes). Une description technique de la méthodologie de l'ESCC figure dans un rapport déjà publié[31].

Les données de 2008 ont été recueillies de janvier à décembre. La présente analyse est limitée aux personnes de 50 ans et plus, dont 62 % ont été interviewées par téléphone, et les autres 38 %, en personne. Des 32 298 personnes dans ce groupe d'âge qui ont participé à l'enquête, 30 835 ont fourni des renseignements sur leur expérience de la RSOS, de la colonoscopie ou de la sigmoïdoscopie et, donc, constituaient l'échantillon sur lequel porte l'étude.

Mesures

Examen colorectal

RSOS : « Une RSOS est un test qui consiste à détecter la présence de sang dans les selles. Au moyen d'un bâtonnet, vous prélevez un petit échantillon de votre selle que vous étalez sur une carte spéciale. Avez-vous déjà passé ce test? » (Oui/Non) « À quand remonte la dernière fois? » (Moins d'un an/d'un an à moins de deux ans/de deux ans à moins de trois ans/de trois ans à moins de cinq ans/de cinq ans à moins de dix ans/dix ans ou plus).

Endoscopie : « Une colonoscopie ou une sigmoïdoscopie est un examen qui consiste à insérer un tube dans le rectum pour examiner l'intestin afin de détecter les signes éventuels de cancer ou d'autres problèmes de santé. Avez-vous déjà passé l'un ou l'autre de ces examens? (Oui/Non) « À quand remonte la dernière fois? » (Moins d'un an/d'un an à moins de deux ans/de deux ans à moins de trois ans/de trois ans à moins de cinq ans/de cinq ans à moins de dix ans/dix ans ou plus).

Trois mesures de dépistage du cancer colorectal ont été utilisées aux fins de la présente étude : RSOS subie au cours des deux dernières années; endoscopie (colonoscopie ou sigmoïdoscopie) subie au cours des cinq dernières années; et RSOS au cours des deux dernières années ou endoscopie au cours des cinq dernières années. Un participant à l'enquête qui a déclaré une RSOS ainsi qu'une endoscopie a été compté comme ayant subi l'une et l'autre intervention. Pour la variable coordonnée, un participant ayant déclaré une RSOS ainsi qu'une endoscopie a été compté une seule fois.

Région métropolitaine de recensement

Selon la définition de Statistique Canada, une région métropolitaine de recensement (RMR) est formée d'une ou de plusieurs municipalités adjacentes situées autour d'une grande région urbaine. Pour être incluses dans la RMR, les municipalités doivent avoir un degré d'intégration élevé avec la région urbaine centrale, lequel est déterminé par le pourcentage de navetteurs établi d'après les données du recensement sur le lieu de travail[32].

Revenu du ménage

Les groupes de revenu du ménage ont été déterminés en calculant le rapport du revenu total du ménage en provenance de toutes les sources au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue de l'enquête de 2008 au seuil de faible revenu de Statistique Canada établi en fonction du nombre de personnes dans le ménage, de la taille de la collectivité et de l'année de référence de l'enquête. À partir de l'ensemble du fichier de données pondérées de l'ESCC de 2008, on a regroupé les rapports corrigés en quintiles (cinq groupes contenant chacun un cinquième de la population canadienne à domicile).

Activité physique durant les loisirs

Trois niveaux d'activité physique durant les loisirs ont été établis, d'après les renseignements fournis par les personnes interrogées sur leur participation à des activités physiques au cours des trois mois précédents. Les niveaux ont été déterminés en fonction du nombre de kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par jour (KKJ) pour les différentes activités physiques, à savoir actif(ve) (3 KKJ ou plus), modérément actif(ve) (1,5 à 2,9 KKJ) et inactif(ve) (moins de 1,5 KKJ).

Indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC) est un indice du poids rajusté en fonction de la taille, que l'on calcule en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille exprimé en mètres. L'IMC a été calculé pour chaque participant à l'ESCC à partir des valeurs autodéclarées de la taille et du poids. Les catégories d'IMC sont les suivantes :

- Poids insuffisant : moins de 18,5
- Poids normal : 18,5 à moins de 25,0
- Embonpoint (sans obésité) : 25,0 à moins de 30,0
- Obésité, classe I : 30,0 à moins de 35,0
- Obésité, classe II : 35,0 à moins de 40,0
- Obésité, classe III : égal ou supérieur à 40,0

Techniques d'analyse

Des fréquences et des totalisations croisées ont été produites à partir de données pondérées de manière à être représentatives de la population canadienne à domicile de 50 ans et plus en 2008. La régression logistique

Tableau 1
Certaines caractéristiques de l'échantillon étudié, population à domicile de 50 ans et plus, Canada, 2008

	Taille de l'échantillon	Nombre estimatif (000)	Pourcentage
Total	**30 835**	**10 172**	**100,0**
Sexe			
Hommes	13 171	4 853	47,7
Femmes	17 664	5 319	52,3
Groupe d'âge			
50 à 64 ans	16 506	6 269	61,6
65 à 74 ans	7 667	2 278	22,4
75 ans et plus	6 662	1 625	16,0
État matrimonial			
Marié(e)/conjoint(e) de fait	17 703	7 154	70,5
Veuf (veuve)	6 083	1 209	11,9
Divorcé(e)/séparé(e)	4 292	1 119	11,0
Jamais marié(e)	2 681	671	6,6
Données manquantes	76	..	..
Réside dans une région métropolitaine de recensement (RMR)			
Oui	13 445	6 714	66,0
Non	17 390	3 459	34,0
Lieu de naissance			
Amérique du Nord	25 473	7 436	75,0
Europe	3 326	1 310	13,2
Afrique	180	149	1,5
Asie	772	735	7,4
Autre	382	286	2,9
Données manquantes	702	..	..
Nombre d'années depuis l'immigration			
0 à 9 ans	174	172	1,7
10 à 19 ans	394	358	3,6
20 ans et plus	4 323	2 019	20,4
Non-immigrant(e)	25 206	7 352	74,3
Données manquantes	738	..	..
Quintile de revenu du ménage			
1 (inférieur)	6 254	1 842	21,8
2	5 591	1 802	21,3
3	4 679	1 589	18,8
4	4 277	1 536	18,1
5 (supérieur)	4 442	1 695	20,0
Données manquantes	5 592	..	..
A un médecin de famille? – A consulté un omnipraticien/médecin de famille au cours de l'année précédente?			
Oui – Oui	24 817	8 239	81,1
Oui – Non	3 359	1 073	10,6
Non – Oui	1 225	411	4,0
Non – Non	1 397	438	4,3
Données manquantes	37	..	..
Autoévaluation de la santé générale			
Excellente/très bonne	14 270	4 883	48,1
Bonne	10 252	3 388	33,4
Passable/mauvaise	6 239	1 882	18,5
Données manquantes	74	..	..

.. n'ayant pas lieu de figurer
Nota : 1 463 participants à l'enquête pour lesquels les valeurs pour le dépistage du cancer colorectal manquaient sont exclus.
Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008

a permis de calculer les rapports de cotes non corrigés pour chaque variable indépendante se rapportant au fait d'avoir subi un test de dépistage du CCR (RSOS au cours des deux dernières années ou endoscopie au cours des cinq dernières années). La modélisation par régression logistique multiple a servi à évaluer les changements quant aux associations observées dans l'analyse non corrigée après prise en compte de l'influence de certaines variables indépendantes. Ces variables comprenaient les caractéristiques sociodémographiques, le fait d'avoir un médecin de famille (et de le consulter), l'autoévaluation de l'état de santé et les facteurs de risque liés à la santé. La variance a été estimée par la méthode du *bootstrap* de manière à tenir compte du plan complexe de l'enquête[33,34].

Résultats

L'échantillon pondéré de l'analyse représentait 10,2 millions de personnes de 50 ans et plus vivant dans des ménages en 2008 (tableau 1). Environ 62 % d'entre elles étaient âgées de 50 à 64 ans et 71 % étaient mariées ou en union libre. Près des deux tiers (66 %) résidaient dans une région métropolitaine de recensement (RMR). Une personne sur quatre (26 %) était née à l'extérieur du Canada et 5 % avaient immigré moins de 20 ans auparavant. Relativement peu de personnes de 50 ans et plus (8 %) ont déclaré qu'elles n'avaient pas de médecin de famille. Près d'une personne sur cinq (19 %) a déclaré que son état de santé général était passable ou mauvais.

En 2008, environ 40 % des Canadiens de 50 ans et plus ont déclaré avoir subi un test de dépistage du CCR, à savoir une RSOS au cours des deux dernières années ou une sigmoïdoscopie ou une colonoscopie au cours des cinq dernières années (tableau 2). La probabilité de dépistage n'était pas significativement différente dans le cas des hommes et des femmes. Des proportions plus élevées de personnes de 65 ans et plus avaient subi un test de dépistage, comparativement à celles de 50 à 64 ans. Le pourcentage de

Tableau 2
Pourcentage de participants déclarant avoir fait l'objet d'une recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années ou avoir subi une colonoscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 50 ans et plus, Canada, 2008

		Intervalle de confiance à 95 %	
	Pourcentage	de	à
Total	39,8	38,8	40,8
Sexe			
Hommes	40,2	38,8	41,6
Femmes†	39,5	38,2	40,7
Groupe d'âge			
50 à 64 ans†	36,5	35,2	37,8
65 à 74 ans	48,6*	47,0	50,3
75 ans et plus	40,2*	38,2	42,1
Etat matrimonial			
Marié(e)/conjoint(e) de fait†	41,3	40,2	42,5
Veuf (veuve)	37,0*	34,9	39,2
Divorcé(e)/séparé(e)	37,1*	34,3	39,9
Jamais marié(e)	32,8*	29,7	35,8
Réside dans une région métropolitaine de recensement (RMR)			
Oui†	40,4*	39,0	41,7
Non	38,7	37,6	39,7
Lieu de naissance			
Amérique du Nord†	40,1	39,1	41,1
Europe	44,3*	41,7	46,9
Afrique	46,2	34,9	57,5
Asie	29,6*	24,5	34,6
Autre	37,5	28,7	46,4
Nombre d'années depuis l'immigration			
0 à 9 ans	22,2*‡	12,1	32,3
10 à 19 ans	32,2*	24,9	39,5
20 ans et plus	42,8	40,0	45,5
Non-immigrant(e)†	39,9	39,0	40,9
Quintile de revenu du ménage			
1 (inférieur)	35,1*	33,0	37,2
2	38,4*	36,2	40,6
3†	42,4	40,0	44,8
4	42,1	39,7	44,6
5 (supérieur)	43,3	40,7	45,8
A un médecin de famille? – A consulté un omnipraticien/médecin de famille au cours de l'année précédente?			
Oui – Oui	43,7*	42,6	44,8
Oui – Non	29,3*	26,5	32,1
Non – Oui	21,0*	17,0	24,9
Non – Non†	9,5	6,7	12,3
Autoévaluation de la santé générale			
Excellente/très bonne†	39,5	38,1	40,9
Bonne	38,1	36,4	39,8
Passable/mauvaise	43,6*	41,4	45,9
Situation de l'usage du tabac			
Fumeur(se) quotidien(ne)	30,1*	27,9	32,3
Fumeur(se) occasionnel(le)	37,5	30,9	44,0
Non-fumeur(se)†	41,6	40,5	42,7
Niveau d'activité physique durant les loisirs			
Actif(ve) (3 KKJ ou plus)†	44,0	41,8	46,1
Modérément actif(ve) (1,5 à 2,9 KKJ)	43,4	41,6	45,3
Inactif(ve) (moins de 1,5 KKJ)	36,6*	35,3	37,9
Catégorie d'IMC			
Poids insuffisant (moins de 18,5)	32,2*	25,7	38,6
Poids normal (18,5 à moins de 25,0)†	39,0	37,5	40,6
Embonpoint (sans obésité) (25,0 à moins de 30,0)	40,5	38,9	42,0
Obésité, classe I (30,0 à moins de 35,0)	42,7*	40,0	45,4
Obésité, classe II (35,0 à moins de 40,0)	43,0	38,1	47,8
Obésité, classe III (40,0 et plus)	32,5*	26,7	38,3

† catégorie de référence
* valeur significativement différente de la catégorie de référence ($p < 0,05$)
‡ à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
KKJ : kilocalories par kilogramme par jour
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008

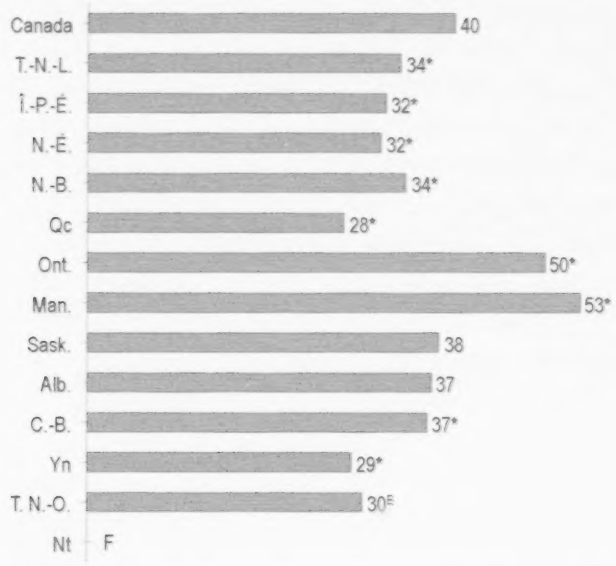
personnes ayant subi un test de dépistage était plus élevé chez les personnes mariées et chez celles habitant dans une RMR. Les immigrants établis au Canada depuis moins de 20 ans étaient moins susceptibles que les personnes nées au Canada d'avoir subi un test de dépistage du CCR. Les personnes dans les ménages dont le revenu se situait dans les deux quintiles inférieurs étaient moins susceptibles d'avoir subi un test de dépistage que celles dans les ménages à revenu plus élevé.

La probabilité de participer au dépistage du CCR était la plus élevée (44 %) chez les personnes ayant un médecin de famille qu'elles avaient consulté au cours de l'année précédente. Les pourcentages étaient plus faibles chez celles ayant un médecin de famille qu'elles n'avaient pas consulté au cours de l'année précédente (29 %) et chez celles n'ayant pas de médecin de famille mais qui avaient consulté un médecin (21 %). Les personnes sans médecin de famille qui n'avaient pas consulté un médecin au cours de l'année précédente étaient les moins susceptibles d'avoir subi un test de dépistage du CCR (10 %). Une proportion plus élevée de personnes qui ont évalué leur état de santé général comme étant passable ou mauvais avaient subi un test de dépistage du CCR, comparativement à celles qui étaient en meilleure santé.

Chez le faible pourcentage (8 %) de personnes qui n'avaient pas de médecin de famille, la probabilité de subir un test de dépistage du CCR a été estimée selon l'endroit où elles s'adressent habituellement pour obtenir des soins de santé. Le pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir subi un test était de 29 % dans le cas des personnes qui s'adressent habituellement à une clinique de santé communautaire ou à un centre local de services communautaires (CLSC), de 27 % pour celles qui se rendent dans une clinique sur rendez-vous et de 15 % pour celles qui vont dans une clinique sans rendez-vous (données non présentées).

La probabilité de participer au dépistage du CCR différait selon la présence de facteurs de risque pour la

Figure 1
Pourcentage de participants déclarant avoir fait l'objet d'une recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années ou avoir subi une colonoscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années, selon la province/le territoire, population à domicile de 50 ans et plus, Canada, 2008



* valeur significativement différente de l'estimation pour les autres provinces/territoires combinés
E à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
F trop peu fiable pour être publié (coefficient de variation de plus de 33,3 %)
Nota : Voir le tableau A en annexe pour les intervalles de confiance à 95 %.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

santé. Les fumeurs quotidiens étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir subi un test de dépistage que les non-fumeurs, et les personnes physiquement inactives, moins susceptibles que les plus actives. Comparativement aux personnes dont la taille et le poids autodéclarés les classaient dans la catégorie d'IMC poids normal, celles dans la catégorie obésité de classe I étaient plus susceptibles d'avoir subi un test de dépistage du CCR. Les personnes classées dans la catégorie poids insuffisant ou obésité de classe III étaient moins susceptibles d'avoir participé au dépistage du CCR que celles dont l'IMC était normal.

La plupart des associations avec le dépistage du CCR observées dans les analyses bivariées (tableau 2; rapports de cotes non corrigés au tableau 3) persistent dans un modèle de régression logistique multiple (tableau 3, rapports de cotes corrigés).

Les différences géographiques dans le pourcentage de personnes ayant subi des tests de dépistage du CCR étaient notables, celui-ci allant de 28 % au Québec à 53 % au Manitoba (figure 1). De façon générale, la probabilité de participer au dépistage était plus faible dans les provinces situées à l'est de l'Ontario et dans les territoires qu'ailleurs, et sensiblement plus élevée au Manitoba et en Ontario.

Des variations géographiques s'observent également dans les pourcentages de personnes ayant subi chaque type d'examen de dépistage du CCR. La RSOS au cours des deux dernières années était moins probable chez les résidents du Québec et des provinces de l'Atlantique et plus probable en Ontario et au Manitoba, comme en témoigne la proportion de 10 % au Québec et celle de 42 % au Manitoba (tableau A en annexe). Les variations d'une province ou d'un territoire à l'autre s'observent dans une moindre mesure pour l'endoscopie au cours des cinq dernières années; ainsi, les proportions variaient de 11 % au Yukon à 30 % en Ontario. Au Québec, à Terre-Neuve-et-Labrador et au Nouveau-Brunswick, des pourcentages plus élevés de personnes avaient subi une endoscopie au cours des cinq dernières années que n'avaient fait l'objet d'une RSOS au cours des deux dernières années; au Manitoba, en Colombie-Britannique et au Yukon, on observe l'inverse.

Les comparaisons au fil du temps montrent qu'à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick et en Ontario, le pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir fait l'objet d'une RSOS au cours des deux dernières années et la proportion de celles ayant subi une endoscopie au cours des cinq dernières années ont augmenté de façon marquée de 2005 à 2008 (tableau B en annexe). De 2003 à 2008, les pourcentages de personnes ayant subi ces tests ont augmenté de façon significative en Colombie-Britannique. Les données pour les années précédant 2008 n'étaient pas disponibles pour le Québec, le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta. En raison de la petite taille des échantillons, des estimations fiables n'étaient pas disponibles pour le Nunavut.

Discussion

La présente étude fournit les premières estimations nationales du pourcentage de Canadiens qui déclarent avoir subi une intervention de dépistage du CCR, à savoir une RSOS au cours des deux dernières années ou une endoscopie au cours des cinq dernières années. En 2008, 40 % des personnes de 50 ans et plus – groupe d'âge où l'incidence du CCR augmente rapidement – ont déclaré avoir subi récemment un test de dépistage du CCR.

Il n'a pas été possible de limiter l'analyse aux personnes qui présentent un risque moyen de CCR (voir *Limites*). Étant donné l'inclusion de personnes présentant un risque plus élevé, lesquelles subissent sans doute un

Tableau 3
Rapports de cotes reliant certaines caractéristiques à la déclaration d'avoir fait l'objet d'une recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années ou d'avoir subi une colonoscopie ou une sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années, population à domicile de 50 ans et plus, Canada, 2008

	Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes non corrigé	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Sexe						
Hommes	1,0	1,0	1,1	1,0	0,9	1,1
Femmes†	1,0	...	...	1,0	...	...
Groupe d'âge						
50 à 64 ans†	1,0	...	...	1,0	...	...
65 à 74 ans	1,6*	1,5	1,8	1,6*	1,5	1,8
75 ans et plus	1,2*	1,1	1,3	1,2*	1,1	1,4
État matrimonial						
Marié(e)/conjoint(e) de fait†	1,0	...	...	1,0	...	...
Veuf (veuve)	0,8*	0,8	0,9	0,8*	0,7	0,9
Divorcé(e)/séparé(e)	0,8*	0,7	1,0	1,0	0,9	1,2
Jamais marié(e)	0,7*	0,6	0,8	0,9	0,8	1,1
Réside dans une région métropolitaine de recensement						
Oui	1,1	1,0	1,2	1,0	0,9	1,1
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Province/territoire						
Terre-Neuve-et-Labrador	0,8*	0,6	0,9	0,8	0,7	1,0
Île-du-Prince-Édouard	0,7*	0,6	0,9	0,8	0,6	1,0
Nouvelle-Écosse	0,7*	0,6	0,8	0,7*	0,5	0,8
Nouveau-Brunswick	0,8*	0,7	0,9	0,8*	0,7	0,9
Québec	0,5*	0,4	0,5	0,5*	0,5	0,6
Ontario	1,9*	1,8	2,1	2,0*	1,8	2,2
Manitoba	1,8*	1,5	2,1	1,9*	1,6	2,2
Saskatchewan	0,9	0,8	1,1	1,0	0,9	1,1
Alberta	0,9	0,8	1,0	0,9	0,8	1,0
Colombie-Britannique	0,9*	0,8	1,0	0,8*	0,7	0,9
Yukon	0,6*	0,4	0,9	0,7	0,4	1,0
Territoires du Nord-Ouest	0,6	0,3	1,2	1,6	0,7	3,7
Nunavut	0,3*	0,1	0,8	1,3	0,6	2,8
Nombre d'années depuis l'immigration						
0 à 9 ans	0,4*	0,2	0,8	0,4*	0,2	0,7
10 à 19 ans	0,7*	0,5	1,0	0,6	0,4	0,8
20 ans et plus	1,1	1,0	1,3	0,9	0,8	1,0
Non-immigrant(e)†	1,0	...	...	1,0	...	...
Quintile de revenu du ménage						
1 (inférieur)	0,7*	0,6	0,8	0,8*	0,7	0,9
2	0,8*	0,7	1,0	0,8*	0,7	1,0
3†	1,0	...	...	1,0	...	...
4	1,0	0,9	1,1	1,0	0,8	1,1
5 (supérieur)	1,0	0,9	1,2	1,0	0,9	1,2
A un médecin de famille? – A consulté un omnipraticien/médecin de famille durant l'année précédente?						
Oui – Oui	7,4*	5,3	10,4	5,7*	4,0	8,1
Oui – Non	3,9*	2,8	5,6	3,0*	2,1	4,4
Non – Oui	2,5*	1,7	3,8	2,4*	1,5	3,7
Non – Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Autoévaluation de la santé générale						
Excellente/très bonne†	1,0	...	...	1,0	...	...
Bonne	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9	1,1
Passable/mauvaise	1,2*	1,1	1,3	1,3*	1,1	1,5
Situation de l'usage du tabac						
Fumeur(se) quotidien(ne)	0,6*	0,5	0,7	0,7*	0,6	0,8
Fumeur(se) occasionnel(le)	0,8	0,6	1,1	0,9	0,7	1,2
Non-fumeur(se)†	1,0	...	...	1,0	...	...
Niveau d'activité physique durant les loisirs						
Actif(ve) (3 KKJ ou plus)†	1,0	...	...	1,0	...	...
Modérément actif(ve) (1,5 à 2,9 KKJ)	1,0	0,9	1,1	1,0	0,8	1,1
Inactif(ve) (moins de 1,5 KKJ)	0,7*	0,7	0,8	0,7*	0,7	0,8
Catégorie d'IMC						
Poids insuffisant (moins de 18,5)	0,7	0,5	1,0	0,8	0,6	1,2
Poids normal (18,5 à moins de 25,0)†	1,0	...	...	1,0	...	...
Embonpoint (sans obésité) (25,0 à moins de 30,0)	1,1	1,0	1,2	1,0	0,9	1,1
Obésité, classe I (30,0 à moins de 35,0)	1,2*	1,0	1,3	1,1	1,0	1,3
Obésité, classe II (35,0 à moins de 40,0)	1,2	1,0	1,4	1,1	0,9	1,4
Obésité, classe III (40,0 et plus)	0,8*	0,6	1,0	0,7*	0,5	0,9

† catégorie de référence
* valeur significativement différente de la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer
KKJ : kilocalories par kilogramme par jour
Nota : Pour province/territoire, le groupe de référence est celui des autres provinces/territoires combinés.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008.

test de dépistage du CCR plus souvent qu'il n'est recommandé dans le cas des personnes présentant un risque moyen, le pourcentage estimé de la population participant au dépistage du CCR est probablement un peu plus élevé que ne serait l'estimation relative à la population présentant un risque moyen.

Une étude fondée sur les dossiers administratifs de l'Ontario qui a porté sur la période de six ans allant de 1995 à la fin de 2000 a révélé que 20,5 % des personnes de 50 à 59 ans sans antécédents de CCR, d'autre maladie intestinale ou d'examen du gros intestin (RSOS, lavement baryté, sigmoïdoscopie ou colonoscopie) ont fait l'objet d'une intervention de dépistage du CCR (par RSOS, lavement baryté ou endoscopie)[20]. Ce chiffre est sensiblement inférieur aux résultats basés sur les données de l'ESCC selon lesquels 38 % de la population de l'Ontario de 50 ans et plus a déclaré avoir subi un test de dépistage du CCR en 2005. Plusieurs facteurs ont pu contribuer à cette estimation plus élevée, à savoir l'utilisation du groupe des 50 ans et plus plutôt que des 50 à 59 ans, l'utilisation de données autodéclarées, l'inclusion de personnes présentant un risque supérieur

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Tout juste plus de 90 % des cas de cancer colorectal (CCR) sont diagnostiqués chez les personnes de 50 ans et plus.
- Les données recueillies laissent supposer que le dépistage du cancer colorectal dans la population réduit le taux de mortalité par ce cancer.
- Jusqu'ici, seul l'Ontario a mis en place un programme organisé de dépistage à l'échelle de la province; dans d'autres provinces, les programmes en sont aux étapes préliminaires.

Ce qu'apporte l'étude

- En 2008, environ 40 % des Canadiens de 50 ans et plus ont déclaré avoir subi récemment un test de dépistage du cancer colorectal, c'est-à-dire avoir fait l'objet d'une recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années ou subi une endoscopie au cours des cinq dernières années.
- D'importantes différences s'observent entre les provinces et les territoires en ce qui concerne le pourcentage de la population ayant subi des tests de dépistage.
- La probabilité de subir un test de dépistage du CCR était plus élevée chez les personnes qui vivaient dans un ménage à revenu plus élevé, avaient un médecin de famille, ne fumaient pas et étaient actives durant leurs heures de loisir.

à la moyenne et, peut-être, une hausse réelle du pourcentage de la population ayant subi des tests de dépistage en 2005 par rapport au pourcentage les ayant subi de 1995 à 2000.

L'année de collecte de données 2008 convient pour deux raisons, à savoir une période de temps suffisante s'est écoulée pour permettre aux médecins d'adopter des pratiques cliniques conformes aux lignes directrices concernant le dépistage publiées au début des années 2000, et elle suit de près le lancement en 2007 d'un programme organisé de dépistage à l'échelle de la province en Ontario et de l'initiative pilote au Manitoba. Les niveaux relativement élevés de dépistage au Manitoba et en Ontario peuvent être attribuables en partie aux premiers résultats du dépistage organisé. Les grandes variations interprovinciales en matière de participation au dépistage du CCR offrent un contraste avec les taux de participation aux examens mammographiques, devenus plus uniformes depuis l'établissement de programmes organisés de dépistage du cancer du sein dans toutes les provinces[35].

L'un des avantages notables de l'ESCC tient à la grande taille de son échantillon, qui soutient les estimations portant sur des sous-populations ainsi que les comparaisons des profils d'utilisation des différents tests de dépistage du CCR des provinces et des territoires. Par exemple, au Québec, le pourcentage de personnes ayant déclaré avoir subi une endoscopie représentait environ le double de celui ayant déclaré avoir fait l'objet d'une RSOS; au Manitoba, l'inverse s'observe. Ces différences peuvent tenir aux préférences des provinces pour certaines modalités de dépistage, à la disponibilité d'installations et de spécialistes ou aux premiers effets des interventions de dépistage dans la population[13].

Les incohérences dans les protocoles régissant le dépistage du CCR rendent difficiles les comparaisons entre les États-Unis et le Canada. Néanmoins, le taux de participation aux États-Unis est peut-être plus élevé qu'au Canada. Selon les données de 2006, le pourcentage de personnes qui ont déclaré avoir fait l'objet d'une RSOS au cours de l'année précédente (unique) ou avoir subi une endoscopie au cours des dix dernières années était supérieur à 50 % dans chaque état et à 60 % dans 21 états[36].

De nombreuses études ont signalé la proportion particulièrement faible d'Américains non couverts par un régime d'assurance-maladie qui participent au dépistage du CCR, obstacle auquel les Canadiens ne se heurtent pas[37-38]. Toutefois, malgré l'accès universel aux services de soins de santé, les Canadiens à faible revenu étaient moins susceptibles que les Canadiens à revenu plus élevé de déclarer avoir subi un test de dépistage du CCR en 2008, ce qui est en harmonie avec les observations d'études canadiennes et américaines antérieures[21,24,26,27].

Dans la plupart des régions du Canada, les tests de dépistage du CCR doivent être prescrits par un médecin. Par conséquent, la forte association positive au fait d'avoir et de consulter un médecin était attendue et elle a été observée antérieurement[21,22,26,39]. On n'a pas demandé aux participants à l'ESCC si leur médecin avait recommandé un test de dépistage du CCR, facteur également associé souvent et fortement au dépistage récent[34,37-43].

Les travaux de recherche antérieurs ont également révélé des associations entre les caractéristiques sociodémographiques et la participation au dépistage du CCR. Conformément à la présente étude, ils ont montré une relation positive entre l'âge plus avancé et la probabilité de subir un test de dépistage du CCR[34,42,43]. En outre, la constatation à partir des données de l'ESCC d'une corrélation positive entre la résidence en région urbaine et la participation au dépistage du CCR est conforme aux résultats des études américaines[37,38]. Les associations avec l'état matrimonial indiquées précédemment sont moins cohérentes[39,42]. Il y a peu de données sur la corrélation entre le statut d'immigrant et la participation au dépistage du CCR, bien qu'on ait constaté une plus faible probabilité de participation aux tests de dépistage du CCR chez les personnes nées à l'extérieur du Canada[21].

Le nombre d'études portant sur les associations entre les facteurs de risque liés à la santé et le dépistage du CCR est relativement petit, même si des recherches antérieures menées au Canada viennent corroborer l'association positive entre le niveau d'activité physique et le dépistage du CCR. La relation négative entre l'usage de la cigarette et le dépistage du CCR a été signalée au Canada et

aux États-Unis[21,34,39,41], même si certains résultats incohérents ont été notés[42]. Les preuves d'une association entre l'IMC et le dépistage du CCR sont limitées, mais l'association négative pour les personnes dans la catégorie obésité de classe III est conforme aux résultats de recherches basées sur les dossiers médicaux aux États-Unis[44].

Limites

L'échantillon étudié était représentatif de la population à domicile de 50 ans et plus. Étant donné que les questions sur le diagnostic personnel ou les antécédents familiaux de cancer de l'intestin n'ont pas été posées à tous les participants à l'enquête, il a été impossible de faire la distinction entre ceux présentant un risque moyen et ceux présentant un risque plus élevé, ce qui est courant dans d'autres études[20-24].

Les données étaient autodéclarées; aucune vérification indépendante des renseignements fournis par les personnes interrogées n'a été faite. Les études de validité comparant la RSOS et l'endoscopie déclarées par les patients et celles notées par les médecins révèlent une tendance à surdéclarer ces interventions, ce qui entraîne une surestimation de leur prévalence[45,46]. Ainsi, il est possible que les estimations du dépistage du CCR soient un peu exagérées.

La mesure dans laquelle l'erreur de déclaration peut avoir eu une incidence sur les associations entre le dépistage du CCR et d'autres variables est inconnue. Plus précisément, il se peut qu'elle ait influé sur l'exactitude des renseignements de nature délicate sur le plan social, comme ceux se rapportant au poids corporel (ou même au dépistage du CCR).

Des données n'ont pas été recueillies sur tous les facteurs susceptibles d'influer sur le respect des lignes directrices concernant le dépistage du CCR, de sorte que ces facteurs n'ont pu être pris en compte dans l'analyse. Les facteurs subjectifs dont on a observé qu'ils influent sur les décisions et les comportements préventifs liés à la santé sont exposés sous le modèle des croyances relatives à la santé (Health Belief Model) et comprennent la susceptibilité perçue, la gravité perçue du problème de santé à prévenir et les avantages perçus des mesures préventives ainsi que les obstacles à ces mesures[47,48]. Dans le contexte particulier du dépistage du CCR, le fait de percevoir une intervention comme étant désagréable, invasive ou dangereuse peut être une entrave au respect des lignes directrices.

Conclusion

La présente étude fournit de nouveaux renseignements sur les niveaux actuels de dépistage du CCR dans la population canadienne. Les données révèlent des différences marquées entre les provinces et les territoires en matière de participation. L'analyse montre également que la participation au dépistage du CCR varie selon la consultation d'un médecin et certaines caractéristiques socioéconomiques et comportementales identifiables. Un suivi systématique du dépistage du CCR ainsi que de l'incidence du CCR et de la mortalité par ce cancer fournira d'autres renseignements utiles. ■

Références

1. Société canadienne du cancer, *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2009*, Toronto, 2009.
2. J.D. Hardcastle, J.O. Chamberlain, M.H. Robinson *et al.*, « Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer », *The Lancet*, 348, 1996, p. 1472-1477.
3. J.S. Mandel, T.R. Church, F. Ederer *et al.*, « Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood », *Journal of the National Cancer Institute*, 91, 1999, p. 434-437.
4. O.D. Jorgensen, O. Kronborg et C. Fenger, « A randomized study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds », *Gut*, 50, 2002, p. 29-32.
5. P. Hewitson, P. Glasziou, E. Watson *et al.*, « Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (Hemoccult): An update », *American Journal of Gastroenterology*, 103(6), 2008, p. 1541-1549.
6. P. Hewitson, P.P. Glasziou, L. Irwig *et al.*, « Screening for Colorectal Cancer Using the Faecal Occult Blood Test, Hemoccult », *Cochrane Database Syst Review*, 2007.
7. W.M. Flanagan, C. Le Petit, J.-M. Berthelot *et al.*, « Effets potentiels du dépistage en population du cancer colorectal au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, 24(4), 2003, p. 91-101.
8. Comité national sur le dépistage du cancer colorectal, *Rapport du Comité national sur le dépistage du cancer colorectal*, Santé Canada, 2002, disponible à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/nccecs-cndcc/ccsrec-fra.php (document consulté en décembre 2008).
9. Société canadienne du cancer, *Dépistage du cancer colorectal*, disponible à l'adresse http://www.cancer.ca/canada-wide/about%20cancer/types%20of%20cancer/screening%20for%20colorectal%20cancer.aspx?sc_lang=fr-CA, dernière modification le 7 janvier 2009 (document consulté le 30 avril 2009).
10. A. Miles, J. Cockburn, R.A. Smith *et al.*, « A perspective from countries using organized screening programs », *Cancer*, 101(5)Suppl., 2004, p. 1201-1213.
11. F. Turcotte, « Should Canadians be offered systematic screening for colorectal cancer? » *Canadian Family Physician*, 54, 2008, p. 505-506.
12. A. Lau, « Resource implications for a population-based colorectal cancer screening program in Canada: A study of the impact on colonoscopy capacity and costs in London, Ontario », *Canadian Journal of Gastroenterology*, 21(6), 2007, p. 371-377.
13. R.J. Hilsden, E. McGregor, A. Murray *et al.*, « Colorectal cancer screening: practices and attitudes of gastroenterologists, internists and surgeons », *Canadian Journal of Surgery*, 48(6), 2005, p. 434-440.
14. G. Hill et P. Groome, « Colorectal cancer screening: A note of caution », *Chronic Diseases in Canada*, 24(4), 2003, p. 89-90.

15. A.B. Lowenfels, « Fecal occult blood testing as a screening procedure for colorectal cancer », *Annals of Oncology*, 13, 2002, p. 40-43.

16. O. Kronborg, C. Fenger, J. Olsen *et al.*, « Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult blood test », *The Lancet*, 348(9040), 1996, p. 1467-1471.

17. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *Colon Cancer Check*, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2006, disponible à l'adresse http://www.health.gov.on.ca (document consulté le 2 décembre 2008).

18. CancerCare Manitoba, *Fact Sheet for Health Professionals: Manitoba Colorectal Cancer Screening Program*, disponible à l'adresse http://www.cancercare.mb.ca (document consulté le 2 décembre 2008).

19. Alberta Cancer Board, *Alberta Colorectal Cancer Screening Program*, disponible à l'adresse http://www.cancerboard.ab.ca (document consulté le 2 décembre 2008).

20. L. Rabeneck et L.F. Paszat, « A population-based estimate of the extent of colorectal cancer screening in Ontario », *American Journal of Gastroenterology*, 99, 2004, p. 1141-1144.

21. M.J. Sewitch, C. Fournier, A. Ciampi *et al.*, « Adherence to colorectal cancer screening guidelines in Canada », *BioMed Central Gastroenterology*, 7(39), 2007, disponible à l'adresse http://www.biomedcentral.com/1471-230X/7/39.

22. R. Zarychanski, Y. Chen, C.N. Bernstein *et al.*, « Frequency of colorectal cancer screening and the impact of family physicians on screening behaviour », *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*, 177(6), 2007, p. 593-597.

23. F. Ramji, M. Cotterchio et M. Manno, « Association between subject factors and colorectal cancer screening participation in Ontario, Canada », *Cancer Detection and Prevention*, 29, 2005, p. 221-226.

24. S.M. Singh, L.F. Paszat, C. Li *et al.*, « Association of socioeconomic status and receipt of colorectal cancer investigations: a population-based retrospective cohort study », *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*, 171(5), 2004, p. 461-465.

25. L. Paszat, L. Rabeneck, L. Kiefer *et al.*, « Endoscopic follow-up of positive fecal occult blood testing in the Ontario FOBT Project », *Canadian Journal of Gastroenterology*, 21(6), 2007, p. 379-382.

26. Groupe de travail canadien sur les soins de santé préventifs, « Dépistage du cancer colorectal. Énoncé de recommandations du Groupe de travail canadien sur les soins de santé préventifs », *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal*, 165(2), 2001, [s.p.].

27. Comité national sur le dépistage du cancer colorectal, *Recommandations pour le dépistage du cancer colorectal*, Santé Canada, 2002, disponible à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ncces-cndcc/cesrec-eng.php (document consulté en décembre 2008).

28. D. Leddin, R. Hunt, M. Champion *et al.*, « Canadian Association of Gastroenterology and the Canadian Digestive Health Foundation: Guidelines on colon cancer screening », *Canadian Journal of Gastroenterology*, 18(2), 2004, p. 93-99.

29. Société canadienne du cancer, *Progrès dans la lutte contre le cancer : le dépistage*, disponible à l'adresse http://www.cancer.ca/canada-wide/about%20cancer/cancer%20statistics/canadian%20cancer%20statistics/special%20topics/progress%20in%20cancer%20control%20screening.aspx?sc_lang=fr-CA, dernière modification le 9 avril 2009 (document consulté le 30 avril 2009).

30. Y. Béland, V. Dale, J. Dufour et M. Hamel, *The Canadian Community Health Survey: Building on the Success from the Past*, Proceedings of the American Statistical Association Joint Statistical Meetings 2005, Section on Survey Research Methods, August 2005, Minneapolis, American Statistical Association, 2005.

31. Statistique Canada, « Propositions concernant les nouvelles règles d'affectation des noms des régions métropolitaines de recensement (RMR) et les nouvelles lignes directrices pour la modification des noms des RMR », disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/subjects-sujets/standard-norme/sgc-cgt/cma-rmr-n-fra.htm (document consulté en mars 2009).

32. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).

33. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.

34. S.E. McGregor, R.J. Hilsden, F.X. Li *et al.*, « Low uptake of colorectal cancer screening 3 yr after release of national recommendations for screening », *American Journal of Gastroenterology*, 102, 2007, p. 1727-1735.

35. M. Shields et K. Wilkins, « Le point sur la mammographie au Canada », *Rapports sur la santé*, 20(3), 2009, p. xx--xx (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

36. U.S. Department of Health and Human Services, « Centers for Disease Control and Prevention, Colorectal Cancer > Screening Rates > Prevention and Early Detection: Keys to Reducing Deaths », 2008, disponible à l'adresse http://www.cdc.gov/cancer/colorectal/statistics/screening_rates.htm (document consulté le 2 avril 2009).

37. H.A. Beydoun et M.A. Beydoun, « Predictors of colorectal cancer screening behaviors among average-risk older adults in the United States », *Cancer Causes and Control*, 19, 2008, p. 339-359.

38. T.M. James, A. Greiner, E.F. Ellerbeck *et al.*, « Disparities in colorectal cancer screening : A guideline-based analysis of adherence », *Ethnicity & Disease*, 16, 2006, p. 228-233.

39. H.I. Meissner, N. Breen, C.N. Klabunde *et al.*, « Patterns of colorectal cancer screening uptake among men and women in the United States », *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 15(2), 2006, p. 389-394.

40. C.N. Klabunde, S.W. Vernon, M.R. Nadel *et al.*, « Barriers to colorectal cancer screening: A comparison of reports from primary care physicians and average-risk adults », *Medical Care*, 43(9), 2005, p. 939-944.

41. S. Subramanian, M.M. Amonkar et T.L. Hunt, « Use of colonoscopy for colorectal cancer screening: Evidence from the 2000 National Health Interview Survey », *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 14(2), 2005, p. 409-416.

42. S. Subramanian, M. Klosterman, M.M. Amonkar *et al.*, « Adherence with colorectal cancer screening guidelines: a review », *Preventive Medicine*, 38, 2004, p. 536-550.

43. S.W. Vernon, « Participation in colorectal cancer screening: a review », *Journal of the National Cancer Institute*, 89(19), 1997, p. 1406-1422.

44. J.M. Ferrante, P. Ohman-Strickland, S.V. Hudson *et al.*, « Colorectal cancer screening among obese versus non-obese patients in primary care practices », *Cancer Detection and Prevention*, 30(5), 2006, p. 459-465.

45. S. Khoja, S.E. McGregor et R.J. Hilsden, « Validation of self-reported history of colorectal cancer screening », *Canadian Family Physician*, 53, 2007, p. 1192-1197.

46. G.H. Rauscher, T.P. Johnson, Y.I. Cho *et al.*, « Accuracy of self-reported cancer-screening histories: A meta-analysis », *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 17(4), 2008, p. 748-757.

47. I.M. Rosenstock, « The Health Belief Model and preventive health behavior », *Health Education Monographs*, 2, 1974, p. 354-386.

48. N.K. Janz, V.L. Champion et V.J. Strecher, « The health belief model » dans K.Glanz, B.K. Rimer et F.M. Lewis, sous la dir. de, *Health behavior and health education: theory, research and practice*, San Francisco, Jossey-Bass, 2002, p. 45-66.

Annexe

Tableau A
Pourcentage de participants déclarant avoir subi des tests de dépistage du cancer colorectal, selon le type de test et la province/le territoire, population à domicile de 50 ans et plus, Canada, 2008

	Recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) au cours des deux dernières années			Colonoscopie ou sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années			RSOS au cours des deux dernières années ou colonoscopie ou sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années		
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
Province/territoire	Pourcentage	de	à	Pourcentage	de	à	Pourcentage	de	à
Canada	**22,7**	**21,9**	**23,6**	**24,4†**	**23,6**	**25,3**	**39,8**	**38,8**	**40,8**
Terre-Neuve-et-Labrador	15,6*	12,8	18,4	24,8†	21,2	28,3	33,9*	30,0	37,8
Île-du-Prince-Édouard	18,0*	14,1	21,9	21,3	16,4	26,2	32,3*	27,1	37,5
Nouvelle-Écosse	16,3*	13,3	19,3	19,4*	16,8	22,0	31,8*	28,2	35,4
Nouveau-Brunswick	16,4*	14,1	18,6	24,1†	21,3	27,0	34,5*	31,2	37,8
Québec	9,7*	8,5	11,0	21,6*†	19,9	23,3	27,7*	25,9	29,5
Ontario	30,5*	28,9	32,2	29,8*	28,2	31,4	49,6*	47,8	51,5
Manitoba	41,9*	38,0	45,7	22,4†	19,2	25,5	53,5*	49,8	57,2
Saskatchewan	22,3	19,6	25,0	23,6	20,9	26,3	38,1	35,1	41,2
Alberta	23,0	20,4	25,5	20,3*	17,9	22,7	37,3	34,5	40,2
Colombie-Britannique	23,8	21,8	25,7	19,4*†	17,4	21,4	36,8*	34,6	39,1
Yukon	24,6	17,2	31,9	10,9*†‡	5,8	16,1	28,7*	21,0	36,3
Territoires du Nord-Ouest	18,5‡	7,7	29,3	F	F	F	29,8‡	16,8	42,9
Nunavut	12,0*‡	5,4	18,6	F	F	F	F	F	F

* valeur significativement différente de l'estimation pour les autres provinces/territoires combinés ($p < 0,05$)
† valeur significativement différente pour la RSOS ($p < 0,05$)
‡ à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
F trop peu fiable pour être publié (coefficient de variation de plus de 33,3 %)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008

Tableau B
Pourcentage de participants déclarant avoir subi des tests de dépistage du cancer colorectal, selon le type de test, population à domicile de 50 ans et plus, certains provinces/territoires, Canada, 2003, 2005 et 2008

	Recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) au cours des deux dernières années			Colonoscopie ou sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années			RSOS au cours des deux dernières années ou colonoscopie ou sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années		
	2003	2005	2008	2003	2005	2008	2003	2005	2008
	Pourcentage			Pourcentage			Pourcentage		
Province/territoire									
Terre-Neuve-et-Labrador	9,3	10,8	15,6*	18,8	20,4	24,8*	23,8	26,6	33,9*
Île-du-Prince-Édouard	..	17,8	18,0	..	22,2	21,3	..	33,7	32,3
Nouvelle-Écosse	..	12,7	16,3	..	18,2	19,4	..	27,1	31,8*
Nouveau-Brunswick	..	12,7	16,4*	..	20,1	24,1*	..	27,6	34,5*
Ontario	..	20,7	30,5*	..	24,2	29,8*	..	37,9	49,6*
Colombie-Britannique	16,4	..	23,8*	14,7	..	19,4*	26,6	..	36,8*
Yukon	..	18,1‡	24,6	..	13,3‡	10,9‡	..	27,0	28,7
Territoires du Nord-Ouest	..	17,0‡	18,5‡	..	22,3‡	F	..	30,6	29,8‡

* valeur significativement différente de l'estimation pour la période précédente ($p < 0,05$)
‡ à utiliser avec prudence (coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 %)
.. données non disponibles
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003, 2005 et 2008